ÜBER

SECHZIG FÄLLE

VON

PLACENTA PRAEVIA

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KGL. BAYER. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

VORGELEGT VON

LUDWIG PÖHLMANN

APPROB. ARZT

AUS

WÜRZBURG.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

WÜRZBURG.

BUCHDRUCKEREI A. BORST.

1903.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent: Herr **Professor Dr Hofmeier.**

Herrn kgl. Regierungs- und Kreismedizinalrat
Dr. **G. Schmitt** in Dankbarkeit gewidmet.

In vorliegender Arbeit soll ein statistischer Bericht über 60 Fälle von Placenta praevia gegeben werden, die auf der geburtshilflichen Station der hiesigen Universitätsfrauenklinik im Laufe von etwas über 14 Jahren (1. Januar 1889 bis Ende Mai 1903) beobachtet worden sind. Unter diesen Fällen sind auch die Geburten, die durch Tiefsitz der Placenta kompliziert waren, mit inbegriffen, und zwar hauptsächlich wegen des klinisch ähnlichen Bildes. Der Zweck der Arbeit ist, wie schon oben bemerkt, das statistische Material durch die an der hiesigen Klinik beobachteten Fälle zu bereichern, mit kurzen Bemerkungen über die Therapie.

Über die Entstehungsweise dieser geburtshilflichen Komplikation, möchte ich mich nicht näher auslassen, weil die Zahl von 60 Fällen doch eine zu geringe ist, um diese sehr strittige Frage ihrer Lösung näher zu bringen.

Zunächst mögen nun kurze klinische Daten über die betreffenden Fälle, und zwar in chronologischer Reihenfolge gegeben werden:

1889.

1. **G. J. N. 333.** V. Barb. 48 J. Placenta praevia lateralis. Schwangerschaftszahl V. Die ersten 4 Geburten normal verlaufen; letzte vor 5 Jahren. Gravida im VII. Monat. Seit 8 Wochen bemerkt Gravida einen Vorfall; in letzter Zeit liegt derselbe beständig ausserhalb der Vulva. Befund: Cervicalkanal ist durchgängig, ungefähr 6--7 cm lang. Man fühlt den

Kopf und nach hinten den unteren Rand der Placenta. Anhaltende Blutung. Tamponade des Cervix mit Jodoformgaze. Blase gesprungen. Nach 12 Stunden wird der Tampon entfernt, keine Blutung mehr. Später Schüttelfrost und Temparatursteigerung auf 39.3°. Cervikalkanal für 2 Finger gut durchgängig. Keine Herztöne mehr zu hören. Wendung auf den Fuss und langsame Extraktion. Bei der Extraktion kommt die Portio ganz vor die Vulva. Extraktion des Rumpfes bis zum Hals und Lösung der Arme gelingt gut. Beim Eintritt des Kopfes dehnt sich der Cervix so, dass der äussere Muttermund einzureissen beginnt. Deshalb Perforation. Placenta wegen starker Blutung sofort exprimiert. Scheidentamponade. Mutter nach 8 Tagen entlassen (mit Prolaps beim Gehen).

1890.

2. **G. J. N. 108.** St. Marie, 26 J. Plac. praevia lateralis. Schwangerschaftszahl III. Die beiden ersten Geburten glatt verlaufen. Die jetzige Schwangerschaft bis zum 7. Monat ungestört. Seit 14 Tagen beständig etwas Blut und am Tage der Aufnahme unter wehenartigen Schmerzen beträchtliche Blutung. Muttermund gut für 2 Finger durchgängig. Canal. cervical. 2—3 cm lang. Links hinten fühlt man die Placenta. Abgewichene II. Schädellage. Rechts erreicht man die Eihäute. Blase wird gesprengt, dann Wendung auf den Fuss Lösung der Arme und Entwickelung des Kopfes. Kind frühreif, tot. Placenta 430 gr. Grösse 15 : 17. Wochenbett ganz normal.

3. **G. J. N. 343.** B. Sab., 42 J. Placenta praevia centralis. Schwangerschaftszahl VIII. Bei der 1. Geburt Hydramnion; zweite Geburt normal und ebenso die beiden letzten. Die jetzige Schwangerschaft bisher gut verlaufen, in der letzten Zeit hin und wieder Abgang grosser Mengen geronnenen Blutes, dazwischen auch flüssiges Blut. Keine Schmerzen, keine Wehen. Bei der Aufnahme in der Klinik mässiger Abgang von Blut. Blasendes systolisches Herzgeräusch. Am nächsten Tage grössere Blutung. Patientin klagt über Schwindel und Schwarzsehen. Puls kaum zu fühlen. Tamponade. Später Entfernung des Tampons, Sprengung der Blase, Wen-

dung, linker Fuss herabgeholt und mit Schlinge festgehalten. Keine Wehen. Eine Stunde später keine Herztöne mehr zu hören. Nach Entfernung der Frucht entleeren sich grosse Mengen von Blut, vergeblicher Versuch die Placenta zu exprimieren, daher wird dieselbe manuell entfernt. Äusserster Grad von Anämie. 2 Ätherinjektionen. 2 Ergotininjektionen. Campher, Wein und Wasser ins Rektum. Exitus letalis. Placenta-Gewicht 650. Grösse 16:18. Kind reif und tot.

1891.

4. **G. J. N. 324.** S. Babette, 22 Jahre. Tiefer Sitz d. Placenta. Schwangerschaftszahl: I. Vor 14 Tagen Blutabgang und Schmerzen, seit 3 Tagen stärkerer Blutabgang. Bei der ersten Untersuchung Muttermund zehnpfennigstückgross, scharfrandig, Portio und Cervix verstrichen. Steisslage. Geburt erfolgt rasch. Kind unreif, lebt nicht. Placentagewicht mit Frucht 850 gr. Tiefer Sitz der Placenta, da die beginnende Dehnung des unteren Uterinsegmentes zu Blutungen und zur vorzeitigen Beendigung der Schwangerschaft führte.

1892.

5. **G. J. N. 89.** R. Barbara, 36 Jahre. Placenta praevia centralis. Schwangerschaftszahl: II. 1. Schwangerschaft gut verlaufen, Kind nach 16 Tagen gestorben. Bei der jetzigen Schwangerschaft Eintreten einer ziemlich starken Blutung und Schmerzen im Unterleib vor 8 Tagen. Muttermund für einen Finger durchgängig, im inneren Muttermund Placentargewebe. Blutung steht bei Bettruhe. Ausspülung und Tamponade. Nachdem nach Entfernung des Tampons die Blutung nicht steht, Desinfektion, Chloroformnarkose und Wendung auf dem Fuss und abwarten. Später Kind und Placenta durch Crédé exprimiert. Gewicht des Kindes mit Placenta 650 gr.

1893.

6. **G. J. N. 33.** M. A., 42 Jahre. Tiefer Sitz der Placenta. Schwangerschaftszahl: VIII. Schwangerschaft normal. In der letzten Woche einmalige starke Blutung. Muttermund für mehrere Finger durchgängig. I. Schädellage, links sehr hoch fühlt man Placentargewebe. Geburt normal. Unmittelbar

nach der Geburt starke Blutung. Reiben des Uterus und Ergotin. Kind reif und lebend. Gewicht der Placenta 600 gr. Grösse 16 : 17.

7. **G. J. N. 56.** R. A., 20 Jahre alt. Placenta praevia lateralis. Schwangerschaftszahl: I. Keine Schwangerschaftsbeschwerden. Muttermund zweimarkstückgross. Kindslage I. Schdl. Am Tage vor Eintritt Verspüren der ersten Wehen und heftige Blutungen. Patientin etwas kollabiert. Hoch vorn direkt hinter der Symphyse Placentargewebe zu fühlen. Die Blase wird gesprengt, kein Herzschlag. Geburt des frühreifen und toten Kindes, keine Blutung, schwerer Ohnmachtsanfall. Schwangerschaftsmonat: VIII. Placenta-Gewicht 350 gr. Grösse 14 : 18.

8. **G. J. N. 324.** K. M., 18 Jahre. Placenta praevia lateralis. Schwangerschaftszahl: I. Muttermund für 2 Finger durchgängig. Vorliegender Teil Placenta und Steiss. Nach dem Blasensprung profuse Blutung, es wird deshalb der Fuss herabgeholt. Nach kurzer Zeit erfolgt Austreibung der Frucht und der Placenta in einer Wehe. Kind tot. Schwangerschaftsmonat: Anfang des VI. Monats.

1894.

9. **G. J. N. 60.** St. M., 33 Jahre. Tiefer Sitz der Placenta. Schwangerschaftszahl: VIII. Die sämtlichen Schwangerschaften und Geburten normal verlaufen. Bei der 6. Geburt bald gestillte Nachblutung. Äusserer Muttermund fünfmarkstückgross. Canal. cervicalis und innerer Muttermund verstrichen. I. Schädellage, tief sitzende Placenta, starke Blutung. 1. Ergotin-Injektion. Placenta durch Crédé geboren, Blutung fehlt. Kind lebt. Gewicht 3450 gr. Placenta-Gewicht 430. Grösse 14 : 16. Schwangerschaftsmonat: X.

10. **G. J. N. 313.** L. M., 35 Jahre alt. Placenta praevia lat. Schwangerschaftszahl: VI. I. und III. Geburt Fusslage. II. und V. Geburt Querlage. IV. Fehlgeburt im V. Monat. Patientin kommt blutend mit tamponierter Scheide in die Anstalt. Bei Herausnahme des Tampons zeigt sich der Muttermund fünfmarkstückgross, im Muttermund liegt die Placenta vor und ist deutlich zu fühlen. Keine Blutung mehr. Vorliegender Teil

anscheinend der Kopf. Vier Stunden später liegt die Placenta gelöst über dem inneren Muttermund. Blutung. Expression des Fötus und der Placenta. Scheidenausspülung. Fötus lebt noch, anscheinend im 5. Monat, stirbt bald darauf ab.

11. **G. J. N. 410.** St. M., 24 Jahre. Placenta Praevia lateralis. Schwangerschaftszahl: II. Vor 3 Tagen eine kleine Blutung. Die beiden folgenden Tage keine Blutung. Dann am Tage der Aufnahme sehr starke Blutung. Wurde bewusstlos und pulslos in die Klinik gebracht. Bei der ersten Untersuchung äusserer Muttermund markstückgross. Kindliche Herztöne nicht zu hören. 2 Stunden später Muttermund für 2 Finger kaum durchgängig, rechts der untere Rand der Placenta fühlbar, links stösst man auf den Kopf und die Eihäute. Unterdessen geringe Blutung, Puls kaum zu fühlen. Eine Campher- und mehrere Ätherspritzen. Hoffmannstropfen, Glühwein, Cognac. Wendung auf den Fuss. Herunterziehen und Einschlingen des Fusses. Infusion von 600 cbcm Kochsalzlösung. Später Wein und Einläufe von Opium mit Wein. Plötzlicher Eintritt von Schwäche und Athembeschwerden, vollständig pulslos. Allmählicher Exitus.

Sektionsbefund: „Nach vollständiger Eröffnung des Uterus zeigt sich, dass die eine Seite desselben, herabgehend bis zum Muttermunde von der Placenta bedeckt ist, auf der entgegengesetzten Seite etwa 4 cm weit abgelöst ist.

Patholog.-anatom. Diagnose: Placenta praevia. Anaemie.

1895.

12. **G. J. N. 39.** B. K., 25 Jahre. Tiefer Sitz der Placenta. Schwangerschaftszahl: II. Erste Schwangerschaft normal verlaufen. Geburt durch Zange beendigt. Die jetzige Schwangerschaft ebenfalls normal. Schwangerschaftsmonat X. Mit Beginn der Wehentätigkeit Abgang von geringen Blutmengen, und sucht Patientin deshalb die Klinik auf. Kommt intra partum in die Klinik. I. Schädellage. Nach Geburt des Kopfes stürzt eine grössere Menge Blutes vor und erscheint ein Teil der Placenta in den äusseren Teilen. Die gelöste Placenta wird leicht exprimiert. Blutung steht. Kind lebt. Gewicht der Placenta 580. Grösse 18 : 16.

13. **G. J. N. 127.** St. F., 23 Jahre. Tiefer Sitz der Placenta. Schwangerschaftszahl: II. Bei der jetzigen Geburt Kindslage: I. Schädellage. Schwangerschaftsmonat X. Vor und während der Geburt ziemlich starke Blutung, die jedoch nach Geburt der Placenta stand. Kind lebt. Placenta-Gewicht 700 gr. Grösse 15:19.

14. **G. J. N. 235.** D. K., 22 Jahre. Placenta praevia lateralis. (Biloba succenturiata membranacea.) Schwangerschaftszahl: I. Im 5 Monat der Schwangerschaft will Gravida einen halben Tag etwas geblutet haben. Vor 14 Tagen 2 Stunden lang. Äusserer Muttermund für 1 Finger durchgängig. Canal. cervical. geöffnet, innerer Muttermund geschlossen. I. Schädellage. Vorliegender Teil: Schädel. Blutung dauert an, einmal eine starke Blutung (ca. 200 gr.) Tamponade dann Sprengung der Blase und Injektion von 0,02 Morph. Geburt spontan. Kind reif und lebend, nicht asphyktisch. In der Nachgeburtsperiode geringe Blutung trotz guter Uteruskontraktion, Geburt der Placenta daher durch Crédé beschleunigt. Zuerst tritt der mit Blut gefüllte Eihautsack vor die äusseren Genitalien, dann die Placenta. Noch mit einem Zipfel in den inneren Genitalien adhärent wird derselbe durch Drehen der Placenta zu lösen gesucht, mit Kornzange zuletzt gefasst und abgedreht. Massage, 2 Ergotininjektionen, Lysolausspülungen; keine Blutung mehr. Placenta (in der Sammlung aufbewahrt) war eine Biloba succenturiata, keine scharfen Ränder, sondern als eigentliche Placentargewebe, flachte sich erst ganz allmählich, wie membranös verlaufend auf die Eihäute ab. Eine solche Stelle hatte am inneren Muttermund gesessen.

15. **G. J. N. 432.** Sch. B., 46 Jahre. Placenta praevia marginalis. Schwangerschaftszahl: IX. Partus I spontan, Kind † (2 Monat). P. II spontan, Kind † (3/4 Jahr). P. III spontan, Kind lebt. P. IV spontan, Kind † (1/4 Jahr). 2 Aborte. P. VII spontan, Kind lebt. Gravida hat vor 4 Wochen Blutabgang. Vor 6 Tagen mit Wehen grösserer Blutabgang. Tamponade. Gestern wieder Blutabgang sucht die Klinik auf. Untersuchung: In der Vagina Blutcoagula, Blase schlaff zu fühlen, hinter denselben ein Fuss. Muttermund dreimarkstückgross. Vorn rechts ein Randteil der Placenta. Die Blase wird geöffnet

und am vorliegenden Fuss der Steiss in den Beckeneingang gezogen. Die Blutung steht. Vorgefallene Nabelschnur wird reponiert in linker Seitenlage, und der Steiss an dem herabgezogenen Fuss tiefer in den äusseren Muttermund herabgezogen. Hierauf stellen sich kräftige Wehen ein und erscheint der Steiss in der Vulva. Die Arme werden herabgeholt und der Kopf nach Martin-Wiegand durch das Becken geführt. Kind wenig asphyktisch, Schultze'sche Schwingungen. 2 Spritzen Ergotin und Massage. Geringe aber dauernde Blutungen. Placenta tritt nach Duncan aus, Placenta marginata. An der Insertionsstelle der Nabelschnur eine markstückgrosse Cyste. Gewicht 600 gr. Grösse 18 : 18. Kind reif, lebt.

1896.

16. **G. J. N. 1.** St. A., 21 Jahre. Placenta praevia lateralis. Schwangerschaftszahl: II. 1. Geburt spontan. Bei der jetzigen Schwangerschaft im Anfang häufig Übelkeiten, später keine Beschwerden. Plötzlich ziemlich starke Blutung. Bei der Untersuchung fühlt man im inneren Muttermund (markstückgross) rechts hinten einen Placentarlappen, an der Unterseite losgelöst. Schwache Blutung keine Wehen. Tamponade mit Jodoformgaze. Darauf treten Wehen auf. Herztöne des Kindes verlangsamen sich, Blut sickert durch den Tampon. Nach Herausnahme desselben grosse Mengen von Blutgerinnsel und starke Blutung. Muttermund fünfmarkstückgross. Cervix nicht völlig verstrichen. Narkose, Herabholen des rechten Fusses (kombiniert) nach Sprengung der Blase gelingt leicht. Da das Kind sehr mangelhaft entwickelt ist (VIII m.), wird die Geburt der Natur überlassen. Die Geburt des Kopfes verzögert sich, da er durch den noch nicht völlig erweiterten inneren Muttermund zurückgehalten wird. Doch gelingt die Entwickelung nach Veit-Smellie leicht. Mit dem Kopfe erscheint zugleich ein grosser Teil der Placenta. Nach einigen Nachwehen erscheint Placenta völlig gelöst und wird durch Druck herausbefördert. Kind unreif, tot. Placenta-Gewicht: 300. Grösse 14 : 19.

17. **G. J. N. 192.** R. A., 31 Jahre. Placenta praevia lateralis. Schwangerschaftszahl: II. 1. Geburt normal. Äusserer Muttermund dreimarkstückgross, Canal. cervicalis und innerer

Muttermund verstrichen. Untersuchung ergibt hinten einen kleinen Placentarlappen, es blutet aber wenig, weshalb von weiteren Massnahmen abgesehen wird. Kind sofort nach Blasensprung geboren. II. Schädellage. Kind ist unreif (IX mens.), lebt. Placenta-Gewicht 500 gr. Grösse 17:20.

18. **G. J. N. 446.** H. B., 43 Jahre. Placenta praevia centralis. Schwangerschaftszahl: XI. Alle 10 vorhergegangenen Geburten normal. Auch die jetzige Schwangerschaft ist normal verlaufen. Gravida wird pulslos und ohnmächtig gebracht. Uterushöhestand entspricht dem 7. Monat. Starke Blutung. Äusserer Muttermund für einen Finger durchgängig, man stösst auf Placentargewebe. Da der Cervikalkanal sehr eng ist, wird von komb. Wendung abgesehen und die Scheide tamponiert. Puls sehr schwach, Atembeschwerden. Reichliche Darreichung von Analepicis, teils per os, teils subkutan. Später physiol. Kochsalzinfusion 800 gr. 2 Weinklystiere. Puls hebt sich. Später Herausnahme des Tampons. Äusserer Muttermund für 2 Finger durchgängig. Innerer Muttermund verstrichen. Es liegt ein grosser Lappen der Placenta vor. Nach Desinfektion wird die rechte Hand eingeführt, die Placenta auf der linken Seite gelöst bis man auf die Eihäute kommt, der vorliegende Kopf weggeschoben und die auf der linken Seite liegenden Füsse der inneren Hand genähert, darauf die Blase gesprengt und der linke Fuss herabgezogen. Keine Blutung. Es treten Wehen auf; der Rumpf wird sichtbar, Schultern und Kopf werden exprimiert. Kind zeigt leichten Herzschlag, ist nicht zum Atmen zu bringen. Hinter dem Kinde folgen Blutkoaguln. Die Placenta folgt ohne erhebliche Nachblutung. Gewicht 430. Grösse 15:18.

19. **G. J. N. 447.** K. M. 22 Jahre. Tiefer Sitz. Schwangerschaftszahl: II. 1. Geburt Frühgeburt im 7. Monat. Jetzige Schwangerschaft ohne Beschwerden. Mens. VII. Gravida kommt mit Blutung in die Klinik. Innere Untersuchung ergibt Muttermund und Portio verstrichen. Die sich vorwölbende Blase wird gesprengt und es ergibt sich, dass die Portio noch zum Teil erhalten ist und der Cervikalkanal für 3 Finger durchgängig ist. Reichliche Blutkoagula. Der Kopf ist zu fühlen, ringsherum weiche Massen (Koagula oder Placentargewebe?). Kind spontan

geboren, unreif, kommt nicht zum Leben. Nachgeburt periode ohne Störung. Placenta-Gewicht 450. Grösse 13:14.

1897.

20. **G. J. N. 116.** St. A., 41 Jahre. Placenta praevia lateralis. Schwangerschaftszahl: VI. Frühere Geburten und letzte Schwangerschaft normal verlaufen. Mens. IX. Gestern Auftreten von Blutungen, weshalb Gravida die Klinik aufsucht. Kind II. Schädellage. Scheide voll Blutkoagula. Muttermund für 2 bis 3 Finger durchgängig. Cervikalkanal verkürzt. In demselben wölben sich weiche Massen vor. Starke Blutungen. Nach Desinfektion wird in Narkose die kombinierte Wendung gemacht. Man fühlt die Placenta jetzt auf der linken Seite. Mit der vorher eingeführten rechten Hand muss gewechselt werden. Die Blase wird am Rande der Placenta gesprengt und der Fuss heruntergezogen. Blutung steht. Wehen anfangs schlecht, später gut. Kind (IV. Mens.) asphyktisch geboren, frühreif, stirbt. Placenta succenturiata. Gewicht 650. Grösse 19:16.

21. **G. J. N. 262.** A. K., 34 Jahre. Placenta praevia lateralis. Schwangerschaftszahl: V. 1. Geburt Fehlgeburt. V. Mens. (infolge Pleuritis). 3. Geburt Frühgeburt. VII. Mens. 4. Geburt Mitte der IX. Mens. forceps. Jetzige Schwangerschaft ohne Beschwerden. Muttermund verstrichen. Kindslage II. Querlage. Schwangerschaftsmonat VIII. bis Anfang IX. In die Scheide wölbt sich die Blase vor. Die Blase wird gesprengt. Im hinteren Teile des Muttermundes ist ein kleiner gelöster Placentarlappen zu fühlen. Blutung ist mässig. Placentarlappen löst sich weiter etwa 6—8 cm in die Scheide hinein. Der linke Ellbogen liegt vor. Hierauf folgen mehrmals Blutungen etwa 11—1200 gr. Es ragt die Hälfte der Placenta in die Scheide. Wehen sehr schwach. Narkose. Vorliegende Hand herabgeholt und angeschlungen, dann der linke Fuss heruntergezogen. Umdrehung, Lösung des anderen Armes keine besonderen Schwierigkeiten. Zusammen mit Kopf wird die Placenta geboren. Bei der Extraktion des Kindes leicht fauliger Geruch. Heisse Uterusausspülung. Kind ohne Lebenszeichen geboren; zeigt keine Maceration. Placenta sehr stark zerfetzt. Gewicht 380. Grösse 18:14.

22. **G. J. N. 273.** H. M., 22 Jahre. Tiefer Sitz der Placenta. Schwangerschaftszahl: I. Schwangerschaft verlief ohne Störung. Plötzliches Auftreten von Blutungen. Untersuchung: Portio verstrichen, Muttermund zweimarkstückgross, Kopf im Beckeneingang. Mens. X. II. Schdl. Geburtsverlauf normal, Nabelschnur einmal um den Hals des Kindes geschlungen. Kind leicht asphyktisch, frühreif, lebt. Nachgeburt 5 Minuten später spontan. Placenta-Gewicht 600 gr. Grösse 17:18. Wöchnerin hat später Eklampsie, Pneumonie und Decubitus. Wird geheilt entlassen.

23. **G. J. N. 498.** Br. S., 36 Jahre. Tiefer Sitz der Placenta. Schwangerschaftszahl: VI. Die ersten 5 Geburten waren normal. Seit einigen Wochen Anschwellung der Extremitäten. Nephritis (granul. Cyl. verfettete Epithel; rote und weisse Blutkörperchen.) Cervikalkanal für 1 Finger durchgängig, Kopf zu fühlen. In der Scheide Blutgerinnsel. Gefühl von Druck und Schmerzen im Abdomen. Morph. 0.01 subkutan. Priessnitz, heisse Douchen, Milchdiät, Wildunger. Am nächsten Tage Abgang von Blut und Fruchtwasser, Erleichterung, die aber nicht anhält. Dann Abnahme der Ödeme, keine Wehen. 2 Tage später Cervix für 2 Finger durchgängig, man fühlt Placentargewebe. Einlegen eines Kolpeurynters. Keine Wehen. Nach 13 Stunden Ausstossung des Kolpeurynters. Es erfolgt ohne Wehen, lediglich durch Bauchpresse Geburt des Kindes. Die Placenta folgt unmittelbar nach. Keine Blutung. Kind frühreif, tot. Gewicht (Kind und Placenta) 2050.

1898.

24. **G. J. N. 220.** V. B., 37 Jahre. Placenta praevia centralis. Schwangerschaftszahl IV. 1. Geburt: Zange. 2. Geburt spontan in der Klinik. 3. Geburt: Zange in der Klinik. Mens. X. In der jetzigen Schwangerschaft seit 4 Tagen starke Blutungen. Untersuchung: Muttermund durchgängig, Scheide mit Blut ausgefüllt im inneren Muttermund ringsum Placenta, ohne dass man an die Fruchtblase käme. 1. Schädellage. Später Abgang von Mekonium. Muttermund gut handtellergross. Keine Wehen. Forceps in Narkose. Nach Blutverlust von 500 gr. wird durch leichten Druck die Placenta exprimiert. Da noch weiter Blutungen eintreten, heisse Scheidenausspülungen mit

Lysollösung. Kind reif, maceriert tot. Placenta-Gewicht 600. Grösse 15 : 22.

25. **G. J. N. 322.** G. K., 33 Jahre. Tiefer Sitz der Placenta. Schwangerschaftszahl IV. Die 3 ersten Geburten verliefen spontan. Gravida bemerkt Abgang von Blut. Untersuchung: Äusserer Muttermund handtellergross. Portio und innerer Muttermund verstrichen. Schwangerschaftsmonat X. Kindslage II. Schdl. Tiefer Sitz der Placenta. Mässiger Grad von Hydramnion. Vorsichtiges Sprengen der Blase mit Kugelzange. Langsames Ablassen des Fruchtwassers. Mit der nächsten Wehe Spontangeburt. Kind reif, lebt. Placentargewicht 600 gr.

26. **G. J. N. 341.** L. A., 29 Jahre. Placenta praevia marginalis. Schwangerschaftszahl: I. Gravida hatte vor 8 Tagen mässige Blutung, die nach Bettruhe stand. Gestern von neuem Blutung. Mens. IX. Tamponade und in die Anstalt gebracht. Untersuchung: Tampon nicht durchgeblutet. Lysolausspülung. Portio beinahe verstrichen. Äusserer Muttermund für einen Finger durchgängig. Keine Placenta zu fühlen. Bettruhe. Später Fruchtwasserabgang, Blutung nicht vorhanden. Spontangeburt. Kind reif, lebt. Eihautriss direkt am Placentarrande, deren einer Lappen offenbar vorgelegen hatte. Placenta-Gewicht 450, Grösse 15:21.

1899.

27. **G. J. N. 20.** L. M., 37 Jahre. Placenta praevia partialis. Schwangerschaftszahl: IX. Die ersten 7 Geburten spontan. Die letzte Querlage (Wendung). Kurz vor Eintritt in die Klinik Blutung. Bis zur Ausführung der Tamponade werden etwa 600 gr. Blut entleert. Muttermund für 2 Finger durchgängig; zunächst wieder Tamponade, dann nach Entfernung des Tampons Muttermund erheblich weiter geworden. Es werden die vorne erreichbaren Eihäute gesprengt. Keine Wehen· Zur Anregung derselben Einlagen eines Braun'schen Kolpeurynters in den Uterus nach vorn rechts. Derselbe wird nach 3 Stunden ausgestossen. Muttermund handtellergross. Wiedereinlegen des Kolpeurynters, derselbe wird nach 2½ Stunden ausgestossen. Kopfknochen geben deutlich ein knitterndes Gefühl. Herztöne nicht mehr festzustellen. Wegen absoluter Wehenlosigkeit, des erloschenen Lebens des Kindes

wird zur Entbindung geschritten und als schonendstes Verfahren Perforation und Kranioklasie gewählt. Demont. clinica. Kind reif macerirt, Placenta spontan geboren, Lysolausspülung.

28. **G. J. N. 75.** H. M., 35 Jahre. Placenta praevia lateralis. Schwangerschaftszahl IX. Alle 8 Geburten normal. Bei der Untersuchung Muttermund kleinhandtellergross. In der stehenden Blase fühlt man den Kopf rechts, die pulsierende Nabelschnur, links einen kleinen Placentarlappen. Bei der Ausspülung springt die Blase. Vorfall der Nabelschnur; Lagerung auf die linke Steite und Zurückhaltung des Kopfes. Dann in Narkose Eingehen mit der rechten Hand, ein Fuss liegt vor und wird an diesem das Kind gewendet und extrahiert. 2 Spritzen Ergotin, heisse Uterusausspülung. Kind reif und lebt. Placenta-Gewicht 650 gr. Grösse 18 : 21.

29. **G. J. N. 140.** S. B., 24 Jahre. Placenta praevia marginalis Schwangerschaftszahl: II. 1. Geburt Spontangeburt. Befund: Äusserer Muttermund handtellergross, Canal. cervical. verstrichen. Schwangerschaftsmonat VIII. Vollkommene Fusslage. Die in der Vulva sichtbare Blase springt, wobei sich eine grosse Menge von Fruchtwasser entleert. In diesem Moment beginnt eine mässig starke andauernde Blutung. Im inneren Muttermund fühlt man links die Placenta. Nach der Desinfektion wird ein Fuss angezogen. Der Kopf wird dann langsam durch den noch unvollständig erweiterten Muttermund gezogen. Placenta folgt sofort, ist ausgesprochen circumvallata und zeigt nach dem Eihautriss tiefen Sitz. Kind frühreif, tot. Gewicht und Placenta 2500. Heisse Scheidenausspülung.

30. **G. J. N. 218.** St. M., 38 Jahre. Placenta praevia lateralis. Schwangerschaftszahl: XI. Vorige Schwangerschaften normal verlaufen, beim letzten Partus Tiefsitz der Placenta, Adhärenz. Untersuchung ergibt: Äusserer Muttermund vollständig erweitert, Can. cervical. und innerer Muttermnnd verstrichen. II. Schädellage. X. Schwangerschaftsmonat. Gravida kommt in die Klinik wegen wiederholter ziemlich starker Blutung. Bei der Untersuchung cervix und innerer Muttermund für 1 Finger durchgängig, Schädel liegt beweglich vor, Placenta nicht zu erreichen. Später ist nach wiederholter Blutung

Muttermund zweimarkstückgross, links vom inneren Muttermund der schon zum Teil gelöste Rand der Placenta zu fühlen. — Später Blutung gering, kindliche Herztöne gut; es wird deshalb von einem Eingriff Abstand genommen. Da sich die Blutung später jedoch wiederholt, Sprengung der Blase und schnelle Geburt. Kind ist reif und lebt. Nach Geburt des Kindes stärkere Blutung. Placenta adhärent. Expression nach $^3/_4$ Stunden durch forcierten Crédé. Weitere stärkere Nachblutung, heisse Scheidenausspülung. Reiben des fundus uter. Wein etc. Placenta-Gewicht 700 g. Grösse 16 : 21.

31. **G. J. N. 248.** N. A. 19 Jahre. Placenta praevia marginalis. Schwangerschaftszahl: I. Anfang des 4. Monat einmal eine mässige Blutung. Vor 14 Tagen hoch herabgefallen, ohne eine Blutung zu bekommen. Kommt mit mässiger Blutung in die Klinik. Blutung (ca. 360 g) steht bei ruhiger Lage. Äusserer Muttermund dreimarkstückgross, Rand der Placenta vorn über der Symphyse zu fühlen. Schwangerschaftsmonat IX. Kindslage: Vorderhauptlage. Kind frühreif geboren, lebt. Nach Austritt des Kindes stetig sich steigernde Nachblutung, daher nach 10 Minuten forcierter Crédé. Ergotin. Blutung dauert an, steht aber dann auf starke Reibung, feste Kompressionen des Uterus und heisse Scheidenausspülung. Placenta-Gewicht 600 g. Grösse 17 : 20.

32. **G. J. N. 277.** E. J. 21 Jahre. Tiefer Sitz der Placenta. Schwangerschaftszahl: II. Erste Geburt normal. Jetzige Schwangerschaft abgesehen von Kreuzschmerzen normal. Untersuchung ergibt: Muttermund verstrichen. Schwangerschaftsmonat IX. Kindslage: I. Schdl. Geringe, wiederholte Blutung vor Austritt des Kindes. Kind frühreif, lebt. Placenta-Gewicht 550 g. Grösse 17 : 19.

33. **G. J. N. 300.** Bl. R. 32 Jahre. Placenta praevia marginalis. Schwangerschaftszahl: II. Erste Schwangerschaft normal verlaufen. Untersuchung: Muttermund verstrichen. II. Schädellage, rechts und links ein Lappen der Placenta deutlich zu fühlen; die Frau hat auf dem Wege zur Klinik viel Blut verloren, und blutet auch jetzt noch fortwährend. Deshalb wird bei feststehendem Kopf und guten Wehen Blase gesprengt, die Herztöne werden langsam, daher kräftige Kristellersche Ex-

pression. Das Kind ist nicht asphyktisch; ist reif. Placenta klein, Riss dicht am Ansatz der Eihäute. Blutung auf der mütterlichen Fläche. Gewicht 450 g. Grösse 15:18.

34. **G. J. N. 302.** E. A. 35 Jahre. Placenta praevia totalis. Schwangerschaftszahl IX. 1. P. ohne Arzt. 2. P. Querlage, Kind tot. Arzt. 3. Querlage, Kind starb 2. Tag. Arzt. 4. Kind lebt, ohne Arzt. 5. Spontan ohne Arzt. 6. Querlage, Klinik, Kind starb nach 8 Wochen. 7. Frühgeburt, Kind tot. 8. Spontan, Kind starb nach 4 Tagen. Gravida bemerkt seit 3 Wochen stetigen Abgang von Blut, Gravida hielt Bettruhe, stand aber bei Sistieren der Blutung wieder auf. Bei der Aufnahme zeigt es sich, dass der Cervix für einen Finger durchgängig und der innere Muttermund überall von Placentargeweben überdeckt ist. Blutung nimmt zu, innerer Muttermund für 2 Finger durchgängig, überall Placentargewebe, Puls frequent und schwach, Kind liegt in zweiter Querlage. Eingehen mit der halben Hand in die Scheide, mit 2 Fingern in den Uterus, Durchbohren der Placenta, da Eihäute nicht zu erreichen, Sprengen der Blase, Wendung nach Braxton-Hicks, Anschlingen des Fusses. Die Geburt verläuft spontan, Kind unreif, tot. Placenta zeigt eine Perforationsöffnung in der Nähe der Nabelschnurinsertion, ein Stückchen Placenta war bei der Wendung hervorgeholt. Placenta stark zerrissen, überall auf der mütterlichen Fläche Blutgerinnsel.

35. **G. J. N. 318.** W. K., 26 Jahre. Tiefer Sitz der Placenta. Schwangerschaftszahl: I. Seit Mitte der Gravidität hat sie eitrigen, blutigen Ausfluss. Untersuchung: Geringe, allmählich zunehmende Blutung, Portio verstrichen, Muttermund etwa zwei- bis dreimarkstückgross. Blase steht. Auf der linken Seite fühlt man einen Placentarlappen. Kopf auf dem Beckeneingang. Narkose. Desinfektion, kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks. Nach Herabziehen des Fusses steht die Blutung. Kräftige Wehen. Spontaner Austritt bis ans Schulterblatt. Das Kind wird mit Veit-Smellie vollständig entwickelt, es ist frühreif, sehr asphyktisch. Katheterisation der Luftwege, wobei sehr reichliche Mengen zähen, blutigen Schleimes entleert werden, Schulzesche Schwingungen. 1/2 Stunde später wird die Placenta wegen Blutung exprimiert. Eihautriss

unmittelbar am Placentarrand erfolgt. Ausspülen des Uterus mit Lysol. Keine Nachblutung. Placenta-Gewicht: 500 g. Grösse: 15 : 17.

36. **G. J. N. 388.** H. M., 42 Jahre. Placenta praevia totalis. Schwangerschaftszahl: XI. Alle Geburten normal ausser VIII. Zwillinge (tot nach 2 Tagen). Vor $5^1/_2$ Jahren starke Blutung für Abort gehalten. Grav. hat seit 8 Tagen Blutungen. Am Tage vor der Aufnahme in die Klinik starke Blutung. Grav. sehr anämisch und schwach. Scheide ist mit Jodoformgaze tamponiert. Untersuchung: Innerer Muttermund dreimarkstückgross, vollständig überdeckt von zum Teil tief in den Cervix eingesunkenem Placentargewebe. Kind II. Querlage. Ohne Narkose wird die Wendung nach Braxton-Hicks gemacht, wobei die Placenta tief in den Cervix prolabiert erscheint. Sie muss noch in grosser Ausdehnung um den inneren Muttermund abgelöst werden, um an der linken Uterusseite an die Eihäute zu gelangen. Sie werden mit Kugelzange zerrissen. Dann Wendung leicht. Viel Fruchtwasser, geringe Blutung. Kurz darauf treten Wehen auf, da es etwas blutet, wird Fuss angeschlungen und ein permanenter schwacher Zug ausgeübt. Blutung steht. Das Kind (VIII mens.) wird geboren, frühreif, tot. Placenta mit Crédé exprimiert, da mässige Blutung vorhanden.

37. **G. J. N. 433.** Sch., Placenta praevia marginalis. Schwangerschaftszahl: III. 1. Abortus. 2. Spontangeburt. Jetzige Gravidität normal verlaufen. Grav. kommt in die Klinik mit der Angabe, dass sie seit morgens geblutet hat. Innere Untersuchung ergibt stehende Blase, Vorliegen beider Füsse. Placentarrand hinter der Symphyse zu fühlen. Ziemliche Blutung. Desinfektion. Sprengung der Blase, Herunterholen der Füsse, Wehen werden sofort stärker. Als das Kind bis zum Steiss geboren ist, wird, da der vollständig verstrichene Muttermund keinen Widerstand entgegensetzt, die Extraktion gemacht. Placenta folgt spontan. Uterusausspülung. Kind reif, lebt. Placenta-Gewicht: 750 g. Grösse: 19 : 21.

38. **G. J. N. 440.** O. M., 34 Jahre. Plac. praev. marginalis. Schwangerschaftszahl: XIV. 10 normal verlaufene Geburten, 2 Aborte, einmal manuelle Lösung der Placenta. Plötz-

liche Blutung und starker Schwindel hat die Grav. veranlasst, poliklinische Hilfe anzurufen. Tamponade. Grav. wird in die Klinik geschafft. Herausnahme der Tamponade, geringere andauernde Blutung. Cervix für 2 Finger durchgängig, Blase steht, Kind I. Lage, Placentarrand rechts oben zu erreichen. Da Mehrgebärende, und Kopf leicht eindrückbar, Sprengung der Blase und sofortige Hofmeier'sche Impression. Kopf wird so gehalten. Bald erwachen Wehen. Nach 1½ Stunden Muttermund fünfmarkstückgross. Placenta jetzt leichter zu fühlen. Keine Blutung mehr. Spontangeburt. Kind reif und lebt. Sofort nach Geburt des Kopfes beginnt Blutung, somit schnelle Extraktion, starkes Reiben des uterus. Sehr starke Blutung. Daher sofortige Expression der Placenta durch forcierten Crédé. 2 Spritzen Ergotin, Hochlagern der Beine, Uterusausspülung und Kompression des Uterus. Placenta-Gewicht 600 g. Grösse 18 : 19. Eihautriss bis zum Rande.

39. **G. J. N. 510.** A. M., 34 Jahre. Tiefer Sitz der Placenta. Schwangerschaftszahl: I. Kreissende gibt an, eine mässig starke Blutung gehabt zu haben. Nach dem Blasensprung steht die Blutung im Wesentlichen. Man fühlt neben dem tiefstehenden Kopf den unteren Rand der Placenta. Spontangeburt. Besichtigung der Nachgeburt zeigt einen Eihautriss direkt am Rande der Placenta. Nachblutung, heisse Scheidendouche, Ergotin, Druckverband. Kind reif, lebt. Placenta-Gewicht 580 g. Grösse 17.

1900.

40. **G. J. N. 47.** Sch. E., 21 Jahre. Tiefer Sitz der Placenta. Schwangerschaftszahl: I. Demonstratio clinica. Muttermund fünfmarkstückgross. Kopf noch beweglich, Blase steht. Rechts 2 Finger vom inneren Muttermund entfernt fühlt man einen Rand der Placenta. Keine Blutung. Allgemein gleichmässig verengtes Becken. Nach 2 Stunden springt die Blase bei kleinhandtellergrossem Muttermund, worauf der Muttermund wieder kollabiert. Nach 4 Stunden steht der Kopf im Beckeneingang fixiert (ausgesprochene Stirnlage). Seitenlagerung. Nach 14 Stunden in Hinterhauptlage. Heftiges Erbrechen, sehr kräftige Wehen. Kreissende jammert laut. Bei der nach dreitägigem Kreissen zur Sicherheit gewordenen Überzeugung,

dass der Kopf nicht eintritt, wird die Symphyscotomie vorgeschlagen, was jedoch verweigert wird. Daher Perforation des lebenden Kindes, sodann Kranioklasie. Episiotomia simpl.

41. **G. J. N. 117.** St. E., 41 Jahre. Placenta praevia lateralis. Schwangerschaftsniere. Eclampsie. Innere Untersuchung: Äusserer Muttermund dreimarkstückgross. Canal. cervical. verkürzt. Innerer Muttermund fünfmarkstückgross. Frau kommt mit kollosalem Ödem der Bauchdecken und des Rückens in die Klinik. Viel Eiweiss und Epithelien im Urin. Äusserer Muttermund und Cervikalkanal nur für einen Finger durchgängig, Kopf liegt über dem Becken. Später bekommt Gravida beim Aufstehen einen eklamptischen Anfall (3 Minuten Dauer). Riesiger Blutverlust. Muttermund fünfmarkstückgross, rechts überall Placentargewebe, nur vorn hinter der Symphyse Eihäute. Kurz nach der Untersuchung zweiter Anfall (3 Minuten). Da eine Zwillingschwangerschaft vorliegt, Wendung des ersten Kindes, das sich als schon länger tot erweist, langsame Extraktion. 2. Kind Hydramnion, eine Menge Fruchtwasser, Kind lebt, Nabelschnur pulsiert schwach. Langsame Extraktion. Asphyktisch, kann nicht zum Schreien gebracht werden, Atmung aber regelmässig. Uterus kontrahiert sich schlecht, grosse Blutung, verschiedene Versuche der Expression der Placenta sind vergebens. Manuelle Lösung, recht schwierig. Blutverlust nach der Entbindung 1300 bis 1500 gr. Heisse Lysolausspülung. Äther-, Campher-, Morphium-, Ergotininjektionen. Placenta ungemein gross $28^1/_2 : 19$; Nabelschnur des lebenden Kindes Insertio velamentosa. Das zweite Kind asphyktisch †.

Obduktion der Wöchnerin († nach 3 Tagen) ergiebt: Nephritis chronica et acuta, Hepatitis, Splenitis, Pneumonie, Oedema pulmonum, Oedema cerebri, Hydrocephalus int.; Haemorrhagien.

42. **G. J. N. 367.** M. E., 36 Jahre alt. Placenta praevia centralis. Schwangerschaftszahl: V. 1. Abort, dann 3 normale Schwangerschaften und Geburten. Jetzige Schwangerschaft normal bis am Tage vor Eintritt. Starke Blutung, welche eine halbe Stunde dauerte, Überführung in die Klinik. Befund:

Schwangerschaftsmonat: VII. Portio erhalten, äusserer Muttermund für 2 Finger durchgängig, innerer Muttermund für einen Finger. Der ganze innere Muttermund ist ausgefüllt mit Placentargewebe. Kein vorliegender Teil zu fühlen. Mässige Blutung. Tamponade der Scheide und des Cervikalkanals. Am übernächsten Tage Entfernung der durchbluteten Tamponade. Derselbe Befund. 2 Tage später Abgang des Fruchtwassers. Innere Untersuchung ergibt den Befund vollständig unverändert. Desinfektion der Vagina und des Cervix; es wird ein geigenförmiger Kolpeurynter in den Cervix eingelegt. Zwölf Stunden später bekommt die Frau einen sehr starken Schüttelfrost. Temp. 39°. Puls 120. Innere Untersuchung: Portio stark verkürzt und nahezu wulstig. Muttermund zwei- bis dreimarkstückgross. Der ganze innere Muttermund ist bedeckt von Placentargewebe. Im Interesse der Mutter wird beschlossen, die Geburt sobald als möglich zu beenden. Mit 2 Fingern gelingt es rechts an der Placenta vorbei auf Eihäute zu kommen, dieselben werden durchbohrt und fühlt man als vorliegenden Teil den Kopf in 2. Schdl. Kombin. Wendung in Narkose nach Braxton-Hicks. Die Blutung, die nach Entfernung des Kolpeurynters ziemlich beträchtlich vor, steht in dem Moment, wo der Steiss auf dem Beckeneingang angezogen wird, fast vollständig. 5 Stunden später erfolgt die Spontangeburt des Kindes bis zu den Schultern. (Veit-Smellie.) Da es nach der Geburt des Kindes zu bluten beginnt, wird die Placenta nach 15 Min. durch Crédé exprimiert, worauf die Blutung nachlässt und der Uterus relativ gut kontrahiert. Lysolausspülung; sehr schwerer Kollaps. 4 Spritzen Äther, 1 Spritze Campher, Autotransfusion. Frau erholt sich allmählich wieder. Kind, das lebend zur Welt kam, stirbt 2 Tage später an Lebensschwäche. Frau stirbt nach 8 Tagen an akuter beiderseitiger Nephritis.

1901.

43. **G. J. N. 149.** R. B., 36 Jahre. Placenta praevia centralis. Schwangerschaftszahl: V. 1 Abort, die übrigen Geburten spontan; bei sämtlichen drei musste die Nachgeburt gelöst werden! Am Ende des 7. Schwangerschaftsmonats Eintreten einer starken Blutung, 6 Wochen dauernd. Seit 3 Wochen wiederum starke Blutung. (Schwangerschaftsmonat: X.)

Poliklinische Untersuchung ergibt Kind in 2. Querlage, die Frau wird in die Klinik gebracht (ziemliche Anämie). Hier Einlegen des Kolpeurynters in die Scheide, worauf mässige Wehen eintreten. Innere Untersuchung hatte ergeben: Cervix erhalten, Muttermund bequem durchgängig. Über dem inneren Muttermund überall nichts als Placentargewebe zu fühlen. Kind lebt. Am zweitfolgenden Tage ist Cervix etwas verkürzt, Muttermund etwas weiter. Es wird ein geigenförmiger Hystreurynter nach links in den Uterus geschoben, wo die Placenta abgehoben ist. Die Uteruswand ist hier ganz glatt; Wehen werden besser. Keine Blutung. Kolpeurynter wird nicht ausgestossen, jedoch erweitert sich der Muttermund so, dass er am nächsten Tage kleinhandtellergross ist, auch jetzt nur Placentargewebe zu fühlen. Da die Wehen andauernd nicht stark bleiben, wird ein Fuss herabgeholt, da das Kind jetzt in Steisslage liegt. Es gelingt auch an die Blase zu kommen und sie zu sprengen. Das Kind ist ganz frisch. Es tritt keine einzige Wehe auf, trotzdem zwei Stunden lang ein gelinder Zug geübt wurde. Innerer Muttermund ganz fest um den Steiss des Kindes gezogen. Drei Stunden später noch keine Spur vom Fortgang der Geburt zu sehen. Uterus verharrt in dauernder Kontraktion (Morphium, Atropin). Kind vollkommen frisch. Am nächsten Morgen leichter Frost, Temp. 38,2°, Puls 100. Drei Stunden später 39,2° bez. 140. Gasblasen mit Meconium kommen aus dem Uterus, stinkend. Tympania uteri. Kind folgt auf Zug nicht. Langsame Extraktion, Blasen an den Beinen des Kindes. Nach Geburt des toten Kindes stürzen starke Gasblasen hervor. Temp. p. OS, 38,8°, Puls 120. Keine besondere Blutung. Zwei Stunden später starke Blutung, starke Anämie. Wiederholter Crédé ohne Erfolg. Manuelle Placentalösung sehr schwer. Placenta erstreckt sich rechts bis zur Tube, wo sie sehr fest sitzt. Uterusausspülung.

44. **G. J. N. 329.** R. R., 39 Jahre. Placenta praevia centralis. Schwangerschaftszahl: VIII. 6 Geburten normal, bei einer manuelle Placentalösung bei Querlage. Vor 10 Tagen eine stärkere Blutung. Untersuchung: Scheide mit Blutkoagula erfüllt. Muttermund knapp für 2 Finger durchgängig. Man fühlt überall Placentargewebe, Eihäute sind nicht zu erreichen. Kind-

liche Herztöne sehr leise. (II. Querlage). Zwei Stunden später Herztöne nicht mehr zu hören. Die Blase wird nach Loslösung der Placenta rechts mittelst Kugelzange gesprengt. Das Kind kombiniert gewendet auf den Kopf (tritt nicht ein). Da es weiter blutet, wird in leichter Narkose auf den Fuss gewendet und der linke Fuss herabgezogen und angeschlungen. Permanenter Zug mittels Wendungsschlinge am Fussende des Bettes angebunden. Blutung steht. Keine Wehen. Zur Anregung derselben Ergotin (Schatz-Kohlmann) $^1/_2$ stdl. 8 gtt. gegeben. Drei Stunden später unter kräftigen Wehen spontane Geburt bis zum Kopf. Veit-Smellie. Kind reif, tot. 15 Min. später Placenta spontan geboren, keine Blutung. Prophylaktisch 2 Spritzen Ergotin. Placenta-Gewicht 700 g. Grösse 15 : 22.

45. **G. J. N. 522.** Gr. S., 27 Jahre. Placenta praevia lateralis. Schwangerschaftszahl: II. Erste Geburt spontan. Während der jetzigen Schwangerschaft alle 6 bis 8 Wochen Blutungen. Vor zwei Monaten beinahe tägliche Blutungen. Heute starke Blutung, poliklinische Hilfe, Blase gesprengt, Kopf trat ein ohne die Blutung zu stillen. Placenta praevia diagnostiziert, Tamponade, Überführung in die Klinik. Der blutdurchtränkte Tampon wird entfernt; fliegender Puls, drohende Ohnmacht. Narkose. Wendung nach Braxton-Hicks. Blutung steht. Nach einigen kräftigen Wehen, Spontangeburt des toten Kindes. Keine Blutung. Placenta in der Scheide sichtbar, wird exprimiert. 2 Spritzen Ergotin. Uterusausspülung mit 2 l $^1/_2$%-Lysollösung. Während der Wendung wegen drohenden Kollaps Ätherinjektion. Rotweineinlauf. Tod tritt nach drei Tagen infolge Sepsis ein.

46. **G. J. N. 579.** B. N., 24 Jahre. Placenta praevia lateralis. Schwangerschaftszahl: II. 1. Geburt in der Klinik Forceps. Jetzige Schwangerschaft normal bis vor $1^1/_2$ Monat. Mehr oder minder Blutungen. Untersuchung: Muttermund dreimarkstückgross, Cervikalkanal verstrichen; rechts vom inn. Muttermund Placentargewebe, Blutung mässig. Schwangerschaftsmonat V. II. Querlage. Die Blase wird gesprengt. Reichliche Mengen von dunkel verfärbten Fruchtwasser. Herztöne schwach. Um die Wehen anzuregen $^1/_2$ stdl. Ergotin

(Schatz-Kohlmann) Geburt spontan, Kind unreif, lebt (stirbt am nächsten Tage) Placenta-Gewicht 300. Grösse 14:16.

1902.

47. **G. J. N. 88.** H. E., 34 Jahre. Placenta praevia lateralis. Schwangerschaftszahl IV. 1. Geburt: Querlage, Kind tot. 2. Geburt: Kind unter der Geburt tot. 3. Geburt: Kind frühreif, nach 7 Tagen tot. Vor 5 Tagen plötzlich starke Blutung. Bettruhe bringt Besserung, dann erneute Blutung. Untersuchung: II. Querlage. Portio fast verstrichen. Muttermund für 2 Finger durchgängig. Man fühlt weiches, leicht blutendes Placentargewebe. Bettruhe. Nach 5 Tagen Abfluss des Fruchtwassers. Muttermund für 2 Finger durchgängig, nach links gelangt man an die Eihäute. Keine Blutung. Wendung auf den Fuss in Narkose. Da keine Wehen vorhanden, permanenter Zug. Wehen sofort besser. Extraktion, da Herztöne schlechter werden. Kind reif, lebt. Hinter dem Kind kommt ein Rest fauligen, stinkenden Fruchtwassers. Lysolausspülung.

48. **G. J. N. 106.** Sch. M., 28 Jahre. Placenta praevia lateralis. Schwangerschaftszahl: II. 1. Geburt Forceps. Kind † nach 1. Tag. Seit 1 Tag Blutung. Untersuchung: In der Scheide massenhaft Blutcoagula. Äusserer Muttermund für 2 Finger durchgängig, ebenso Cervikalkanal bis inneren Muttermund, der nur für 1 Finger durchgängig ist. In ihm fühlt man Placentargewebe; man gelangt nicht an die Blase. Blutung stark. Portio im Röhrenspeculum angehackt Tamponade. Gravida ist dem Kollaps nahe, Tampon wird entfernt. Wendung auf den rechten Fuss (vorher I. Querlage). Blutung steht. Campher, Rotweineinlauf. Schwache Wehen, dann Spontangeburt, Kopf wird entwickelt. Keine Blutung. Spontangeburt der Placenta. 2. Spr. Ergotin. Kind reif, tot.

49. **G. J. N. 135.** O. K., 30 Jahre. Placenta praevia lateralis. Schwangerschaftszahl: III. Bei 2. Schwangerschaft Laparatomie in hiesiger Klinik, herbeigeführt durch die Folgen eines Falles. Kind tot. Die jetzige Schwangerschaft normal bis zum Tage des Eintritts, wo plötzlich eine starke Blutung auftrat. Poliklinische Hilfe. Bei noch erhaltener Portio Wendung auf den Fuss und die Frau in die Klinik überführt.

Die Blutung steht, man wartet den Verlauf ab. Nach 2 Stunden Herztöne etwas verlangsamt. Wehen gut. Kurz darauf wird Steiss spontan geboren und die Entwicklung des Körpers gelingt leicht. Das Kind ist sehr asphyktisch, es gelingt es zum schreien zu bringen, trotzdem tritt nach 10 Stunden der Tod ein. Placenta-Gewicht 650. Grösse 17 : 18.

50. **G. J. N. 367.** Fl. M., 42 Jahre. Placenta praevia centralis. Schwangerschaftszahl: VI. Die 4 ersten Geburten normal. 5. Geburt Querlage, Wendung. In dieser Schwangerschaft vor 2 Monaten geringe Blutung, alle paar Tage schubweise Blutung. Am Tage der Aufnahme starke Blutung und Ohnmacht. Tamponade und Verbringung in die Klinik. Untersuchung: Muttermund für 2 Finger durchgängig. Im Muttermund weiche schwammige Masse zu fühlen. Es treten mässige Wehen auf. In Anbetracht des Befundes Durchbohrung der Placenta, Wendung des Kindes auf den Fuss, um die Blutung zum Stehen zu bringen. Wendung sehr schwierig, da sich nach Abfliessen des Fruchtwassers der Uterus fest um das Kind legt. Kind spontan geboren, reif, tot. Placenta folgt sofort. Keine Blutung.

51. **G. J. N. 403.** B. B., 42 Jahre. Placenta praevia centralis. Schwangerschaftszahl: IV. 3 normale Geburten. Bei der jetzigen Schwangerschaft haben sich öfters Blutungen eingestellt. Gravida kommt sehr anämisch in die Klinik. 2 Spritzen Äther. Untersuchung: Äusserer Muttermund fünfmarkstückgross, innerer Muttermund verstrichen. Vor dem inneren Muttermund kommt man auf Placentargewebe, Eihäute sind nirgends zu fühlen. I. Steisslage. Um die Blutung zum Stehen zu bringen ein Fuss herabgeholt (Kind in I. Steisslage) und angeschlungen. Blutung steht. Kfnd bereits vor Eingriff abgestorben. Puls der Gravida schlecht daher Rotweineinlauf. Geburt spontan bis zu den Schultern, Kopf durch Veit-Smellie. Placenta folgt unmittelbar nach. Keine Blutung mehr.

52. **G. J. N. 455.** S. K., 25 Jahre. Placenta praevia lateralis. Schwangerschaftszahl: III. 2. Normale Geburten. Seit 4 Monaten hat Gravida Blutungen geringen Grades. Gravida wird wegen starker Blutung (2 Tage lang sich wiederholend) in die Klinik gebracht. Muttermund für 2 Finger

durchgängig. Schwangerschaftsmonat IX. I. Schdl. Man fühlt nach Passieren des Muttermundes über diesem eine schwammige Masse, es gelingt an derselben links vorbeizukommen und die noch erhaltene Blase mit dem vorliegenden Teil zu palpieren. Es wird bei noch stehender Blase die kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks ausgeführt, sodann die Blase gesprengt und ein Fuss herabgeholt. Blutung steht. 1 Stunde später wird das Kind spontan geboren, Kopf durch Veit-Smellie. Sofort darnach Geburt der Placenta ganz geringe Blutung. Kind tot. Bei Lösung eines zurückgebliebenen Placentarlappens furchtbare Blutung. Luftembolie. Blutungen dauern fort; trotz aller Mittel 5 Stunden nach der Geburt exitus letalis. Anaemia. Oedema pulmonum.

53. **G. J. N. 489.** S. A., 20 Jahre. Placenta praevia centralis. Schwangerschaftszahl: II. 1. Geburt normal. Bei der jetzigen Schwangerschaft vor 2 Tagen und am Tage des Eintritts in die Klinik starke Blutungen. Untersuchung: Muttermund knapp für einen Finger durchgängig. Rings herum Placentargewebe. Es wird der Versuch gemacht, den Muttermund mit dem Finger etwas zu erweitern, und als dies gelang, wird die Placenta durchbohrt und die Blase gesprengt. Blutung steht. Geburt erfolgt spontan, Kind tot. Schwangerschaftsmonat V.

54. **G. J. N. 528.** M. B., 45 Jahre. Placenta praevia lateralis. Schwangerschaftszahl: VI. 5 Geburten normal verlaufen. Vor 14 Tagen soll die Blase gesprungen sein. Seit 8 Tagen starke Blutungen. Tamponade, Ueberführung in die Klinik. Muttermund zweimarkstückgross, Kopf vorliegend, eine Nabelschnurschlinge in der Scheide noch pulsierend, auf der linken Seite im inneren Muttermund Placentargewebe. Pulsation der Nabelschnur hört bald auf. II. Schädellage. Schwangerschaftsmonat VI. Später weicht der Kopf des Kindes ab, ist nicht mehr zu fühlen, Muttermund fünfmarkstückgross. Schwache andauernde Blutung. Extraktion des Kindes am Steiss. Blutung steht. Kind unreif, tot. 3 Stunden später Placenta noch nicht geboren, es tritt Blutung auf, deshalb 2mal Crédé versucht. Gelingt nicht. Manuelle Lösung, die infolge der engen Geburtswege sehr

erschwert ist. Kann nur stückweise entfernt werden. Ausspülung, Blutung steht.

55. **G. J. N. 581.** F. P., 18 Jahre. Tiefsitz der Placenta. Schwangerschaftszahl: I. Die Gravida wird in den Kreissaal gebracht mit dem Bemerken, dass vor einer Stunde eine profuse Blutung eingetreten sei. Untersuchung: Muttermund knapp für einen Finger durchgängig, Blase steht, vorliegender Teil: Kopf. Da wegen öfters wiederkehrender Blutung ein Tiefsitz der Placenta nicht ausgeschlossen ist, wird die Blase gesprengt. Herztöne des Kindes bis zur spontanen Geburt immer wechselnd, sinken plötzlich, Kind (IX. Schwangerschaftsmonat) tot. Placenta-Gewicht 550. Grösse 17 : 18.

1903.

56. **G. J. N. 33.** Sp. A., 34 Jahre. Placenta praevia lateralis. Schwangerschaftszahl. IV. 1 mal Forceps und 1 mal Abort. Jetzige Schwangerschaft vor 4 Wochen Blutung, gestern starke Blutung, deshalb Eintritt in die Klinik. 1. Untersuchung erschwert durch Hochstehen der Portio. Demonstratio clinica. Untersuchung in Narkose ergibt: Im inneren Muttermund Placentargewebe rechts, links Eihäute. I. Schädellage. Leichte Blutung. Sprengung der Blase. Keine Blutung, keine Wehen. Spätere Untersuchung: Muttermund für 2—3 Finger durchgängig. Gesammtblutverlust wohl etwas über 1000 gr. Tiefe Narkose kombinierte Wendung. Es gelingt endlich den linken Fuss herabzuholen. Herztöne nehmen ab und sind schliesslich nicht mehr zu hören. An der rechten hinteren Seite hängt ein handtellergrosser Placentarlappen herab; Extraktion ziemlich leicht, Expression der grösstenteils gelösten Placenta im Anschluss. Ausspülung der Scheide, 2 Spritzen Ergotin. Kind nicht reif, tot. Placenta-Gewicht 550. Grösse 17 : 20. Pat. wegen Osteomalacie vor 2 Jahren in Behandlung.

57. **G. J. N. 36.** L. K., 33 Jahre. Placenta praevia lateralis. Schwangerschaftszahl: II. 1. Schwangerschaft normal, bei Geburt Forceps. Im Anschluss an die Geburt Vorfall, der in den ersten Schwangerschaftsmonaten wieder zurückging vor 14 Tagen wieder auftrat. Vor 2 Wochen plötzliche Blutung.

Poliklin. Behandlung, nach 8 Tagen Eintritt in die Klinik. Demonstratio clinica. Schwangerschaftsmonat VI. Sprengen der Blase in Chloroformsauerstoffnarkose. Kurz darauf ziemlich starke Blutung, die nicht steht. Innerer Muttermund dreimarkstückgross. Im inneren Muttermund hängt bis in den Cervikalkanal ein Placentarlappen herab. Einlegen eines geigenförmigen Kolpeurynters ohne elastischen Zug. Blutung steht. 1½ Stunden später liegt Kolpeurynter in der Scheide. Ganz geringe Blutung; Einlegen eines grossen, ballonförmigen Metreurynters in den Uterus mit elastischem Zug. Der elastische Zug wird 3 Stunden später verstärkt, kurz darauf wird der Metreurynter ausgestossen. Muttermund fast vollkommen erweitert. In der Blase liegt der Kopf vor, es wird deshalb die Blase gesprengt; Forceps. Kind in II. Vorderhauptslage geboren. Bei weiterer Untersuchung zeigt es sich, dass noch ein zweites Kind bei noch stehender Blase in utero ist. (Steisslage.) Sprengen der Blase. Herabholen eines Fusses und Extraktion. Während der Extraktion 2 Spritzen Ergotin-Nienhaus. Placenta nach kurzer Zeit geboren; dieselbe ist zweieiig. Gewicht 800. Grösse a) 12:15, b) 13:16. Nabelschnurinsertion a) velamentosa, b) central. Kinder (unreif) leben nach der Geburt bis zur nächsten Nacht.

58. **G. J. N. 88.** H. B., 36 Jahre. Placenta praevia centralis. Schwangerschaftszahl: V. 1. Geburt Episiotomie (Kind † 28 Tage). 2. Geburt Dammriss. 3. Geburt Dammriss. 4. Geburt normal. Wochenbett immer normal. Im letzten Monat 2mal Blutabgang. Ohnmachtsanfall nach zweitägiger Blutung. Poliklinische Hilfe, in die Klinik gebracht. Muttermund wenig geöffnet, es ist überall Placentargewebe zu fühlen. Nirgends Eihäute. Bettruhe. Demonstratio clinica 2 Tage später. Sprengen der Blase, die man rechts beim Eingehen mit dem Finger erreicht. Einlegen eines ballonförmigen Metreurynters. Elastischer Zug. Eine ¾ Stunde später wird der Metreurynter ausgestossen. Spontan-Geburt des Kindes ½ Stunde später. Mässig starke Blutung, 2 Spritzen Ergotin-Nienhaus, da es weiter blutet Crédé. Heisse Scheidenausspülnng, Blutung steht. Kind reif, lebend. Placenta-Gewicht 650. Grösse 13:18.

59. **G. J. N. 114.** Kr. K., 39 Jahre. Tiefsitz der Placenta. Schwangerschaftszahl: XI. 2 mal Steissgeburten. Jetzige Schwangerschaft ohne besondere Beschwerden. Gravida ruft poliklinische Hilfe an wegen geringer Blutung; wird in die Klinik gebracht. Untersuchung: Muttermund kleinhandtellergross, Blase steht und wölbt sich vor. Kopf frei beweglich, Gesichtslage; links oben Placentargewebe. Es blutet weiter; Sprengung der Blase mit der Kugelzange, Wasser langsam abgelassen. Kopf tritt sofort tiefer in den Beckeneingang. Umwandlung der Gesichtslage in 2. Hinterhauptslage. Herztöne sind verlangsamt, nehmen dann wieder zu. Gravida wird auf die rechte Seite gelagert. Keine weitere Blutung mehr. Kräftige Wehen. 3 Stunden später Spontan-Geburt des etwas asphyktischen Kindes. Nabelschnur 2mal um den Hals geschlungen. Kind reif, lebend. Placenta-Gewicht 800. Grösse 16 : 18.

60. **G. J. N. 219.** H. A., 36 Jahre. Placenta praevia lateralis. Schwangerschaftszahl: VI. 5 Schwangerschaften verliefen normal. 4. Geburt Querlage. 5. Geburt Steisslage (VIII. Monat). Seit 14 Tagen Blutungen. Untersuchung: Beim Passieren des zweimarkstückgrossen Muttermundes stösst man auf weiche Massen, die für Placentargewebe gehalten werden. Lage des Kindes I. Querlage. Kind wird gewendet. Wegen Nachblutung 2 Spritzen Ergotin. Ein eingelegter Kolpeurynter wird, ohne dass vorher ein Zug ausgeübt wurde, ausgestossen. Der rechte Fuss wird herabgezogen, dann Extraktion, da der Muttermund völlig verstrichen ist. Veit-Smellie. Kind leicht asphyktisch, rasch wiederbelebt. Fortwährend ziemlich starke Blutung, steht nach Crédé. Gravida anfangs pulslos erholt sich rasch, Placenta-Gewicht 550. Grösse 15 : 15.

Diese 60 Fälle von Placenta praevia verteilen sich, wie schon oben bemerkt, auf eine Zeit von etwas über 14 Jahren, d. h. vom 1. Januar 1889 bis Ende Mai 1903. Während dieser Zeit wurden auf der geburtshilflichen Station der Klinik 6930 Geburten beobachtet, so dass auf etwa 115–116 Geburten eine derartige Geburtskomplikation entfällt; oder in 0,84% aller Geburten. Von diesen 60 Fällen sind in den Journalen 13 als Placenta praevia centralis, 32 als Placenta praevia lateralis und 15 als tiefer Sitz bezeichnet.

Im allgemeinen ist in den Geburtsjournalen von Placenta praevia centralis die Rede, wenn zu Beginn der Geburt bei nur mässig erweitertem Muttermund überall Placentargewebe zu fühlen ist, und nicht die Möglichkeit besteht, an die Eihäute heranzukommen. War es später bei fast verstrichenem Muttermund möglich, an die Eihäute heranzukommen, so wurde trotzdem von Placenta praevia centralis gesprochen, obwohl sich ja doch durch die Erweiternng des Muttermundes die Placenta praevia centralis in eine lateralis verwandelt hatte. Auf der anderen Seite wurde die tiefsitzende Placenta diagnostiziert, wenn zu Beginn der Eröffnungsperiode Blutung zwischen Eihäuten und Uteruswand erfolgte, ohne dass es möglich war, den Placentarsaum zu fühlen. War bei der weiteren Retraktion des Muttermundes eventuell Placentargewebe hoch oben fühlbar, so blieb man doch bei der Bezeichnung „tiefer Sitz der Placenta“, wenn sich auch beim Verlaufe der Eröffnungsperiode die tiefsitzende Placenta in eine Placenta lateralis verwandelt hatte.

Folgende Tabelle gebe einen Ueberblick über die Frequenz der Anstalt während dieser Jahre, ausserdem über die Verteilung der Placenta praevia-Fälle auf die einzelnen Jahre.

Tabelle A.

Jahrgang	Zahl der Geburten	Placenta praevia	Prozent
1889	378	1	0,27
1890	350	2	0,57
1891	372	1	0,3
1892	360	1	0,28
1893	394	3	0,78
1894	469	3	0,63
1895	477	4	0,84
1896	500	4	0,80
1897	524	4	0,76
1898	533	3	0,54
1899	549	13	2,34
1900	577	3	0,54
1901	602	4	0,64
1902	656	9	1,35
1903 (bis Ende Mai)	219	5	2,25
Summa	6930	60	Durchschnitt 0,84 %

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, ist die Häufigkeit in den einzelnen Jahren eine sehr verschiedene, einerseits ein Prozentsatz von 0,27 im Jahre 1889 und 0,28 im Jahre 1892; andererseits ein Prozentsatz von 2,34 im Jahre 1899 und 2,25 für 5 Monate des Jahres 1903. Eine relative Zunahme von Placenta praevia an der Klinik ist aus dieser Tabelle nicht zu verkennen, doch möchte ich daraus nicht schliessen, dass die Placenta praevia in den letzten Jahren öfter vorgekommen sei. Die Zunahme ist wohl damit zu erklären, dass in der neueren Zeit, mehr wie in früheren Jahren, Frauen mit schweren Blutungen, die eine Placenta praevia vermuten lassen, von der Hebamme oder eventuell von dem behandelnden Arzte der Klinik überwiesen werden.

Was das Alter unserer Patientinnen anbetrifft, so gibt folgende Tabelle darüber Aufschluss.

Tabelle B.

Alter	Plac. praev.	Alter	Plac. pr.	Alter	Plac. pr.
18	2	29	1	40	—
19	1	30	2	41	2
20	2	31	1	42	5
21	3	32	1	43	1
22	4	33	3	44	—
23	1	34	5	45	1
24	3	35	3	46	1
25	2	36	6	47	—
26	2	37	2	48	1
27	1	38	1		
28	1	39	2		

Die jüngste unserer Patientinnen war 18 Jahre alt, die älteste war eine 48 jährige. 5 Patientinnen standen im 2. Dezennium, 20 standen im 3. Dezennium, 24 waren zwischen 31 und 40 Jahren alt, 11 waren zwischen 41 und 48 Jahren alt. Es stand somit der grösste Teil unserer Patientinnen im Alter zwischen 31 und 40 Jahren, der Altersdurchschnitt beträgt 31,7 Jahre. Das entspräche ziemlich Angaben aus anderen Veröffentlichungen, wie aus der Chrobak'schen Klinik mit 31,5, von Strassmann mit 31,9 und von Neubauer, Berlin mit 31,5.

Über die Schwangerschaftszahl gibt näheren Aufschluss folgende Tabelle.

Tabelle C.

Para	Central	Lateral	Tief-Sitz	Summa	Prozent
I.	—	5	6	11	18,6
II.	2	9	4	15	27,1
III.	—	4	—	4	6,7
IV.	2	2	1	5	8,4
V.	3	2	—	5	8,4
VI.	1	4	1	6	10,2
VII.	—	—	—	—	—
VIII.	2	—	2	4	6,7
IX.	1	3	—	4	6,7
X.	—	—	—	—	—
XI.	2	1	1	4	6,7
XII.	—	—	—	—	—
XIII.	—	—	—	—	—
XIV.	—	—	—	1	1,7

Es konnte dabei ein Fall leider nicht berücksichtigt werden, da in dem betreffenden Geburtsjournal die Angabe, eine wieviel gebärende die Frau war, leider fehlt. Das grösste Kontingent zur Placenta praevia stellen II. Gebärende mit 27,1 Prozent, etwas über ein viertel aller Fälle, der nächstfolgende grösste die Erstgebärenden mit 18,6 Prozent.

Als ätiologisches Moment bei Entstehung der Placenta praevia wurden auch vielfach vorausgegangene Fehl- oder Frühgeburten angeführt. Aus der Anamnese in den Journalen ist es ersichtlich, dass bei 13 Patientinnen Fehl- oder Frühgeburten vorausgegangen waren, das ergibt bei 60 Geburten 21,7 Prozent. Es betreffen dies die Fälle Nr. 3, 10, 15, 19, 21, 34, 37, 38, 42, 43, 47, 56, 60. Bei einer Patientin war deren jetzige Geburt (Plac. praev. lat.), ein Tiefsitz der Placenta vorausgegangen. (Fall 30.) Bei einer anderen Patientin war vorher einmal Laparotomie gemacht worden.

Wenn wir uns über die Frage orientieren wollen, wann bei den Patientinnen zum erstenmale während der Schwangerschaft eine Blutung auftrat, so finden wir bei 3 Patientinnen (31, 45, 46) die Angabe, dass schon vor dem 5. Monat Blutungen aufgetreten seien. Bei 46 anderen Patientinnen sind anamnestische Blutungen nach dem 5. Moment nachzuweisen. Im ganzen konnten also in 49 Fällen das erste Auftreten von Blutungen annähernd sicher bestimmt werden. Folgenden näheren Aufschluss gibt darüber die Tabelle

Tabelle D.

Mensis	Laufende Nummer	Summa
II.	45	1
III.	46	1
IV.	31	1
V.	1, 10, 23, 35, 52, 54, 56, 57	8
VI.	4, 5, 8	3
VII.	2, 18, 36, 42	4
VIII.	7, 16, 21, 29, 56	5
IX.	17, 20, 32, 43, 44, 55, 58, 60	8
X.	6,12,13,14,24,25,26,28,29,33,37,38,39,40,47,48,59	18
	Summa	49

Bevor ich auf die Therapie eingehe, soll noch etwas eingehender über die Resultate berichtet werden. Unter den 60 Fällen befinden sich 2 Zwillingsschwangerschaften, so dass sich die Zahl der geborenen Kinder auf 62 beläuft. Bei der einen Schwangerschaft waren die Zwillinge zweieiig, das 1. Kind, das durch die Plac. praevia in Mitleidenschaft gezogen war, kam tot zur Welt, das 2. lebte.

Bei der 2. Schwangerschaft wurde das 1. durch Forceps entwickelt, das 2. wurde am Steiss extrahiert, die beiden Kinder kamen lebend zur Welt, starben aber in der nächsten Nacht. Die Schwangerschaft entsprach dem 6.—7. Monat.

Von diesen 62 Kindern wurden 34 tot resp. so schwer asphyktisch geboren, so dass dieselben nicht mehr wiederbelebt werden konnten = 56,7 und lebend geboren der Rest mit 28 = 43,3 Prozent. Von diesen lebenden Kindern starben jedoch während ihres durchschnittlich 9tägigen Aufenthaltes in der Anstalt noch 4, so dass von 62 Früchten 24 lebend die Anstalt verliessen: Das ist 38,7 Prozent. Bei Betrachtung dieser Frage ist jedoch noch zu beachten, dass die Placenta praevia die Schwangerschaft vielfach beendet, bevor das Kind lebensfähig ist. Bei unserem Material handelt es sich um 8 Aborte. In 26 Fällen wurde die Schwangerschaft zwischen der 28. und 40. Woche unterbrochen. (Fälle 1, 2, 7, 11, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 29, 31, 32, 36, 37, 42, 45, 47, 52, 55, 56, 57, 58.) In den restierenden 26 Fällen (3, 6, 9, 12, 13, 14, 15, 24, 25, 27, 28, 30, 33, 35, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 48, 49, 50, 51, 59, 60) erreichte die Schwangerschaft ihr normales Ende. Es ist demnach in 56,7 Prozent der Fälle die Schwangerschaft durch die Placenta praevia vor der 40. Woche unterbrochen worden. Bei der Berechnung der Mortalitätsziffer fallen also die 8 Fehlgeburten (4, 5, 8, 10, 34, 46, 53, 54) von vornherein weg. Es wären demnach bei 52 Geburten nach der 28. Schwangerschaftswoche mit 54 Früchten 27 Kinder tot geboren, ist gleich 50 Prozent. Sehen wir uns die Fälle etwas genauer an, so muss es sofort auffallen, dass bei den Geburten am normalen Ende ein relativ geringer Prozentsatz von toten Kindern zur Welt kam, nämlich bei 26 Fällen mit 27 Früchten wurden 10 Kinder tot und 17 lebend geboren. Das entspricht einer Mortalitätsziffer von 38,4 Prozent. Diese Mortalitätsziffer

ist bei den Frühgeburten eine ungleich höhere; durch die 26 Frühgeburten mit 27 Früchten wurden 17 Kinder tot und 10 lebend geboren, eine Mortalitätsziffer von 62,9 Prozent.

Die Schädlichkeiten, die auf das Kind während der Geburt wirken, der grosse Blutverlust auf der mehr oder weniger zerrissenen Placenta, andererseits der mangelnde Stoffwechsel zwischen Mutter und Kind, wirken, wie das leicht erklärlich ist, auf das nicht reife Kind in viel intensiverer Weise ein wie auf das reife. Ebenso wirken diese Schädlichkeiten noch nach der Geburt bei dem unreifen Kinde noch stärker wie bei dem reifen. Nämlich von den während der ersten Tage gestorbenen 4 Kindern waren 3 unreif (Fall 42 und 57) eines reif (Fall 49).

Für das kindliche Leben ist die centralsitzende Placenta natürlich das gefährlichste, der Tiefsitz der am wenigsten gefährlichste.

Dies geht aus folgender Tabelle hervor.

Tabelle E.

Placenta	Kind		
	lebend	davon bis 9. Tag †	tot geboren
Central	2	1	11
Lateral	16	3	18
Tiefer Sitz	10	0	5
Summa	28	4	34

In 13 Fällen von Placenta praevia centralis wurde 11 mal das Kind tot geboren 84,6 Prozent, 2 lebend, von denen noch eines starb.

Von 34 Fällen lateral sitzender Placenta wurden 18 tot geboren und 16 lebend. Eine Mortalitätsliste von 52,9 Prozent.

Bei 15 Fällen von Tiefsitz der Placenta wurden 10 lebend und 5 tot geboren, das ist eine Mortalitätsziffer von 33,3 Prozent.

Was die Mutter anlangt, so starben im Anschluss an die Entbindung resp. im Wochenbett 6, d. i. eine Mortalität von 10,0 Prozent.

Es soll nun im folgenden auszugsweise ein Bericht über die betreffenden Todesfälle gegeben werden.

Fall 3. VIII para; hatte seit 6 Wochen vor dem normalen Schwangerschaftsende, anfangs weniger, später und in der letzten Zeit stärkere Blutungen. Während der letzten 3 Tage fast andauernde Blutung, teils Abgang von grossen Klumpen, teils auch in flüssiger Form. Bei der Aufnahme in die Klinik wurde die Frau, schon ziemlich anämisch, als eine stärkere Blutung auftrat, tamponiert. Einige Stunden später Entfernung des Tampons, das in Schädellage liegende Kind wird kombiniert gewendet, und der Fuss herabgeholt. Nach Verlauf von 4 Stunden wird das Kind leicht extrahiert. Nach der Geburt ist der Uterus gut kontrahiert, doch tritt bald eine schwere atonische Nachblutung auf. Die Entfernung der Placenta mittelst Crédé misslingt und muss dieselbe jetzt unter starkem Blutverlust manuell gelöst werden. Äusserster Grad von Anämie. Trotz Excitantien und Kochsalzinfusion tritt der Exitus letalis ein.

Fall 11. II p. im 7.—8. Monat der Gravidität. Pat. hatte vor 3 Tagen etwas geblutet, die letzten 2 Tage nicht und erst vor 6 Stunden erneute Blutung aufgetreten, die anscheinend ziemlich stark war. Vor 3 Stunden war erst die Hebamme gerufen worden, die die Pat. schon besinnungslos und pulslos traf, und die Verbringung derselben in die Klinik anordnete. Kombinierte Wendung auf den Fuss bei circ. dreimarkstückgrossem Muttermund. Der Zustand ändert sich wenig, trotz fortwährend gegebener Excitantien tritt der Exitus letalis nach 12 Stunden ein.

Fall 41. Die Pat. wird mit sehr starkem Ödem der Bauchdecken und des Rückens in die Klinik gebracht. Schwere Nephritis. Eine Stunde nach Aufnahme bekommt Pat. plötzlich einen schweren eklamptischen Anfall, während

desselben zugleich Auftreten ziemlich starker Blutung aus der Vagina. Die innere Untersuchung ergibt Plac. praev. lat. Ausserdem Zwillinge. Kombinierte Wendung des ersten Kindes, das maceriert ist, und dann anschliessende Extraktion. Sofort danach Wendung und Extraktion des 2. Kindes, das asphyktisch zur Welt kommt, wiederbelebt wird, aber bald an den Folgen der Asphyxie zu Grunde geht. Nach der Entbindung ist der Uterus sehr atonisch, es blutet ziemlich stark, die Expression nach Crédé gelingt nicht, daher manuelle Placentalösung. Gesamtmenge des nach der Entbindung verlorenen Blutes circa 1300—1500 gr. Die Pat. ist stark somnolent, nur auf Augenblicke kehrt das Bewusstsein zurück. Der Status bleibt derselbe, bis zu dem nach 40 Stunden erfolgten Tode.

Die Obduktion ergibt eine hypostatische Pneumonie, eine chronische interstitielle, und akute parenchymatöse Nephritis, neben anderen Befunden auch ein mässiger Grad von Anämie.

Fall 42. V p. im 7. Monat. Plötzlich, Abends, während Pat. zu Bette lag, Auftreten einer starken Blutung. Pat. tritt nach einigen Stunden in die Klinik ein, wo wegen andauernder geringen Blutung tamponiert wird. Am nächsten Tage wird der durchblutete Tampon herausgenommen, es tritt keine Blutung auf. Da während der nächsten 2 Tage die Geburt nicht vorwärts geht, wird ein geigenförmiger Kolpeurynter in die Cervix eingelegt. 1½ Stunden später Auftreten eines starken Schüttelfrostes. Kolpeurynter wird entfernt, wobei es stark blutet. Kombinierte Wendung in Narkose. Pat. blutet nicht mehr und 6 Stunden später wird das Kind spontan und lebend geboren, mit einer geringen Blutung post partum. Die Placenta mittelst Crédé entfernt. Da die Frau während der Geburt fieberte, wird nunmehr eine Uterusausspülung mit 1 Prozent Lysollösung vorgenommen. Beim Durchlaufen der 3 Liter bekommt die Frau einen sehr schweren Kollaps, der erst nach Darreichung von reichlichen Mengen von Analepticis weicht. Im weiteren Verlaufe des Wochenbettes mehrere dyspnoische Anfälle, am 9. Tage des Wochenbettes geht Pat. an schwerem Kollaps zu Grunde.

Die Sektion ergibt als Todesursache eine akute parenchymatöse Nephritis beiderseits, ohne jeden anderen Befund. (Der Fall ist als Lysolvergiftung gedeutet worden und wurde kürzlich eingehender veröffentlicht: Hammer „Über Lysolvergiftung“ Münch. med. Wochenschrift 1903.)

Fall 45. II. p. Am Ende des 7. Schwangerschaftsmonats. Letzte Periode kann Pat. nicht angeben, da während der ganzen Dauer der Gravidität es in Zwischenräumen von 6—8 Wochen blutete. Seit 2 Monaten steigert sich die Blutung. Pat. rief erst jetzt, als die Wehen aufgetreten waren, die Hebamme. Pat. wurde in die Klinik verbracht. Die schon aufgetretene Anämie machte sich in einem fliegenden Puls und drohender Ohnmacht bemerkbar, deshalb wird in Narkose die kombinierte Wendung nach Braxton-Hiks gemacht und die Blutung steht. Das Kind wird kurz darauf spontan geboren. Da die Kreissende bei Eintritt schon fieberte, wurde eine Uterusausspülung vorgenommen. 24 Stunden nach der Entbindung Temperatur 39,5, Puls flach, sehr frequent, im Gegensatz dazu subjektiv Befinden gut. Rapid verlaufende Sepsis. Septisches Exanthem an beiden Oberschenkeln, Erguss in beiden Kniegelenken. 2 Tage post part. exitus.

Fall 52. III. p. im 9. Monat der Schwangerschaft. Pat. hat seit dem 4. Monat der Gravidität Blutungen geringen Grades. Vor 2 Tagen starke Blutung, die sich jetzt wiederholte. Die Pat. wurde in die Klinik gebracht. Kombinierte Wendung nach Braxton-Hiks wegen plac. praev. lateralis. Eine Stunde später wird das tief asphyktische Kind geboren, sofort nach Geburt tritt auch die völlig gelöste Placenta zu Tage, dabei nur geringe Blutung. Die Placenta ist anscheinend vollständig. Nachträgliches Auftreten einer mässig starken aber andauernden Blutung. Es wird daher nochmals eingegangen und ein kleines Stück Placenta entfernt. Während des Eingriffes tritt plötzlich eine starke Zunahme der Blutung ein. Fliegende Atmung, starke Unruhe. 2 Stunden später Exitus

Sektion ergibt: Mässig starke Anämie, eine chronische parenchymatöse Nephritis und Luftblasen in der vena cava.

Es handelt sich also bei den 6 Todesfällen 2 mal um eine schwere Anämie, von der sich die betr. Pat. nicht erholen konnte, je 1 mal um eine schwere Schwangerschaftsstörung von seiten der Niere, um eine akute Nierenstörung während des Wochenbettes, um eine im Laufe von 3 Tagen ad exitum führende Sepsis und um eine Luftembolie. Von besonderem Interesse ist der Fall mit einer akuten parenchymatösen Nephritis, bei welchem die Pat. direkt post partum, weil sie etwas gefiebert hatte, eine Uterusausspülung mit Lysollösung erhielt, direkt im Anschluss daran einen schweren Kollaps bekam, und nachdem im Wochenbett noch mehrmals schwere dyspnoische Zustände aufgetreten waren, ad exitum kam. Es handelt sich dabei wahrscheinlich um eine Aspiration von Lysollösung in die geöffneten Venen, die dann diese schwere Nierenreizung hervorbrachte.

Was die Morbidität der Wöchnerinnen betrifft, so kommen 57 Puerperien in Betracht. (3 Pat. starben entweder während der Geburt oder unmittelbar danach.) Von diesen 57 Puerperien waren 16 fieberhaft gestört, d. h. hatten mindestens eine Temperatursteigerung auf 38,0 ° oder darüber nachzuweisen. (Die Messung geschah ausschliesslich per axillam). Es entspricht das einer Morbiditätsziffer von 28,1 Prozent.

Um Fieber extra genitalen Ursprungs handelt es sich 6 mal = 10,6 Prozent. 2 mal war das Fieber bedingt durch eine Mastitis, je einmal durch ein Phthisis pulm., eine Bronchitis, eine Pneumonie und einen Abszess am Oberschenkel in der Nähe des Kniegelenkes. Von den übrigbleibenden 10 Fällen = 17,5 Prozent, war bei 5 mit Sicherheit das Fieber auf eine genitale Affektion zu beziehen, von den letzten 5 war eine anderweitige Ursache nicht nachzuweisen, so dass auch in diesen Fällen eine genitale Affektion angenommen werden muss.

Von Interesse ist es, mit diesen Zahlen die in einer in der neuesten Zeit erschienenen Statistik über die letzten 6900 Geburten der hiesigen Klinik (Dauber, Bericht über die geburtshilfliche Abteilung, Festschrift der kgl. Universitäts-Frauenklinik Würzburg 89—03) enthaltenen Ziffern zu vergleichen. In der angeführten Arbeit wird eine Gesamt-

morbidität von 11,24 Prozent berechnet, gegenüber einem Prozentsatz von 28,1 Prozent bei der plac. praevia und eine Morbiditätsziffer infolge genitaler Affektionen von 7,85 Prozent gegenüber den unserigen von 17,5 Prozent. Es ist das leicht erklärlich, dass Puerperien nach derartig schweren Entbindungen, vielfach mit operativen Eingriffen, besonders aber bei der mangelnden Widerstandsfähigkeit der Wöchnerinnen infolge der Blutungen, viel häufiger gestört sind, als bei normalen Entbindungen. Bei dieser Gelegenheit mögen auch zum Vergleich die Zahlen für Mortalität aus jener Arbeit angeführt werden. Von 6900 Wöchnerinnen starben im ganzen 43 = 0,62 Prozent gegenüber einer Mortalitätsziffer von 10,0 Prozent bei uuseren Placenta-praevia-Fällen.

Zum Schlusse mögen noch einige Notizen über die in der hiesigen Klinik getroffenen therapeutischen Massregeln folgen. Es wurden ja schon bei dem Bericht über die einzelnen Fälle jedesmal die eingeschlagene Therapie gestreift, hier soll nur noch einmal zusammenfassend darüber berichtet werden.

Was den Tiefsitz der Placenta betrifft, so wurde in den 15 Fällen 8 mal wegen der geringen Blutung therapeutisch überhaupt nicht eingegriffen. 4 mal wurde die Blase gesprengt und so die Blutung zum Stehen gebracht. In einem Falle (23) wurde der Kolpeurynter zur rascheren Beendigung der Geburt eingelegt, in einem anderen Falle wurde gewendet und extrahiert (35), im letzten Falle (40) wurde mit Rücksicht auf das enge Becken perforiert und die Kranioklasie gemacht.

Unter den 32 Fällen von Placenta praev. lat. waren bei 2 Fällen (17 und 31) kein therapeutischer Eingriff nötig. In 6 Fällen genügte zur Stillung der Blutung das einfache Sprengen der Blase (7, 14, 30, 33, 38, 46) in 4 Fällen (8, 15, 29, 37) genügte zur Tamponierung das Herabholen eines Fusses bei den in Beckenendlagen liegenden Kindern. Die Tamponade zur einstweiligen Stillung der Blutung wurde in 7 Fällen ausgeführt. Kombinierte Wendung auf den Fuss, zugleich mit Herabholen eines Fusses wurde 16 mal ausgeführt, in 4 Fällen wurde im Anschluss daran ein permanenter Zug ausgeübt. Der Kolpeurynter zur Anregung der Wehentätigkeit wurde in ganz vereinzelten Fällen eingelegt, dagegen

wurde von dem Metreurynter in der neueren Zeit öfters Gebrauch gemacht, und zwar wurde der ballonförmige Metreurynter nach Sprengung der Blase in die Uterushöhle selbst eingelegt, bei geringem elastischen Zug oder ohne denselben.

Was die Placenta praevia centralis betrifft, so wurde die Tamponade in 5 Fällen gemacht, Durchbohrung der Placenta und Sprengung der Blase genügte in einem Fall um die Blutung zu sistieren; die kombinierte Wendung wurde in 9 Fällen gemacht. Der Metreurynter wurde bei plac. praev. central. ebenfalls 2mal angewendet, im ganzen mit sehr gutem Erfolge (Fall 58).

Von den Methoden zur Abkürzung der Nachgeburtsperiode wurde in sehr häufigen Fällen Gebrauch gemacht, sowohl von dem Crédé'schen Handgriff, als auch, wenn dieser versagte, von der manuellen Placentalösung, sei es, dass die Pat. nach der Entbindung blutete, oder, dass man mit Rücksicht auf den seitherigen Blutverlust die Entbindung nach Möglichkeit beschleunigen wollte. Von den in neuerer Zeit empfohlenen Methoden zur möglichst raschen und dabei möglichst wenig blutreichen Entleerung des Uterus bei der Placenta praevia (ich meine hier den von mehreren Autoren vorgeschlagenen Kaiserschnitt, die Hysterotomia vaginalis nach Dührssen oder die Dilatation mittelst Metall-Dilatatoren) wurde in keinem Falle Gebrauch gemacht.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn

Professor Dr. Hofmeier

für die Anregung zur vorliegenden Arbeit, sowie Herrn

Assistenzarzt Dr. Dauber

für die liebenswürdige Unterstützung bei derselben, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich Ludwig Pöhlmann, bayerischer Staatsangehörigkeit, bin geboren am 1. Oktober 1869 zu Würzburg, als Sohn des kgl. bayer. Oberleutnants Karl Pöhlmann in Würzburg. Nach Besuch der drei ersten Klassen des Fischerschen Knabeninstituts zu Würzburg, und des kgl. humanistischen alten Gymnasiums ebendaselbst erwarb ich mir am 6. August 1890 das Reifezeugnis in Würzburg, und bezog im Oktober 1890 die Universität Würzburg. Bei meiner Stellung zum einjährigfreiwilligen Dienste wurde ich, nachdem ich schon früher wegen eines Lungenspitzen-Katarrhs Davos hatte aufsuchen müssen, als untauglich befunden und dem Landsturm 1. Aufgebots mit der Waffe zugewiesen. Das Sommersemester 1893 verbrachte ich an der Universität München, das Wintersemester 1893/94 in Berlin. Im Sommersemester kehrte ich von dort zurück nach Würzburg, wo ich mich am 9. November 1898 der ärztlichen Staatsprüfung unterzog und am 28. Juli 1902 als Arzt approbiert wurde. Vorstehende Dissertation habe ich unter der Leitung des Herrn Professor Dr. Hofmeier verfasst.